

生計維持関係申告書 (Ⅲ-1)

< 記入例 >

配偶者・子以外の申請用

Ⅲは、2枚をホチキスで止めて提出

< 記載案内 >

- (1) 【A】～【G】の各設問について、記入、および該当する□にチェックをしてください。
- (2) 各設問の回答により、添付書類が必要です。別紙「提出書類一覧表」の書類No.と、添付書類欄のNo.は符合しています。該当する数字の書類を添付してください。( )の書類は「提出書類一覧表」を確認のうえ、該当する場合は添付書類が必要です。
- (3) 申請内容、添付書類を確認したうえで、追加で添付書類の提出をお願いすることがあります。
- (4) 申請対象者の被扶養者資格については、健康保険組合で審査のうえ決定いたします。申請をすることにより必ず認定されるものではありません。


被保険者証			被保険者氏名			C-1: (ア) の同居者について					
記号	9999	番号	234567	健保 二郎			下記に記入後、C-2へ				
【A】被扶養者として申請する対象者 (ア)						添付書類					
氏名	健保 優子		続柄	<input type="checkbox"/> 実父 <input checked="" type="checkbox"/> 実母 ⇒ A-1へ	① (②)	氏名				添付書類	
				<input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 ⇒ A-1へ	①		申請対象者からみた続柄				
				<input type="checkbox"/> その他 ( ) ⇒ A-1へ	① (②)		生年月日	T・S・H 年 月 日	T・S・H 年 月 日		-
(注) 続柄によっては、同居が条件となります。詳細は、ホームページにてご確認ください。											
A-1: (ア) の配偶者の有無						添付書類					
<input checked="" type="checkbox"/> 無 ⇒ 死別もしくは離別の場合は、どちらかに○ (死別・離別)						-					
<input type="checkbox"/> 有 ⇒ A-2へ						-					
A-2: (ア) の配偶者の収入の有無 (収入の種類は、A-3欄参照)						添付書類					
<input type="checkbox"/> 無						⑬ (⑰)					
<input type="checkbox"/> 有 ⇒ A-3へ						-					
A-3: (ア) の配偶者の収入の種類について *該当するすべての□にチェックをしてください											
収入の種類			金額		添付書類	氏名					
<input type="checkbox"/> 勤労収入	*給与、賞与、交通費、現物支給など、すべて税引前の総支給額		円 / 月		⑳	申請対象者からみた続柄					
<input type="checkbox"/> 年金収入	<input type="checkbox"/> 国民・厚生 (老齢、遺族、障害)、共済、農業者年金など		円 / 回		㉕ (㉗)	生年月日 T・S・H 年 月 日 T・S・H 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 企業年金 (厚生年金基金等)、国民年金基金		円 / 回		㉖	職業					
<input type="checkbox"/> 営業収入	*自営業、農業、不動産業 (賃貸料) など		円 / 年		㉘	収入					
	<input type="checkbox"/> 雇用保険失業等給付		円 / 日		㉟	申請対象者を扶養できない理由					
<input type="checkbox"/> 給付金	<input type="checkbox"/> (基本手当、受講手当、就業手当など)		円 / 日		㉡						
	<input type="checkbox"/> 健康保険の傷病手当金 (付加金) など		円 / 日		㉢						
<input type="checkbox"/> その他	( )		円 / 月		㉣						
すべての収入の合計 (1年分)			円 / 年		-	C-2: (ア) の扶養義務者について					
【B】(ア) の障害の有無 *有の場合のみ添付書類必要						添付書類					
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						④					
【C】(ア) と被保険者の居住、(ア) の同居者等について						添付書類					
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同居 ⇒ C-2へ						-					
<input type="checkbox"/> 被保険者と別居						(⑦)					
① 詳細な理由:						⑤⑥					
② 被保険者からの仕送り額: 円 / 月						-					
③ 被保険者以外からの仕送り額: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						-					
*有の場合は、F-1欄 「被保険者以外からの仕送り」に記入						-					
④ (ア) の同居者の有無: <input type="checkbox"/> 無 ⇒ C-2へ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ C-1へ						-					
						氏名				添付書類	
						健保 陽子					
						申請対象者からみた続柄					
						長女					
						生年月日 T・S・H 48 年 1 月 1 日 T・S・H 年 月 日					
						職業					
						無職 (専業主婦)					
						収入					
						0 円 / 月 円 / 月					
						申請対象者を扶養できない理由					
						申請対象者とは別居しており、生活費の援助もできないため					

# 生計維持関係申告書 (Ⅲ-2)

## < 記入例 >

配偶者・子以外の申請用

Ⅲは、2枚をホチキスで止めて提出

【D】事由発生日 (異動届⑩と同じ) と申請理由について		添付書類	F-1: 収入の種類について *該当するすべての□にチェックをしてください		
事由発生日	平成 27 年 8 月 1 日	-	収入の種類		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の資格取得 (入社・定年再雇用) による <input type="checkbox"/> その他:	-	<input type="checkbox"/> 勤労収入 *給与、賞与、交通費、現物支給など、すべて税引前の総支給額	金額	添付書類
		⑨ (⑩~ ⑫)		円 / 月	⑳
【E】事由発生日現在の収入について (収入の種類は、F-1欄参照)		添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 年金収入	100,000 円 / 回	㉕ (㉗)
<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 ⇒ E-1へ	-	<input checked="" type="checkbox"/> 国民・厚生 (老齢、遺族、障害)、 共済、農業者年金など		
E-1: 前々年の1月1日から事由発生日までに在職していたかどうか		添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 企業年金 (厚生年金基金等)、 国民年金基金	8,000 円 / 回	㉖
<input type="checkbox"/> 在職していない		⑬ (⑪⑳)	<input type="checkbox"/> 営業収入 *自営業、農業、不動産業 (賃貸料) など	円 / 年	㉘
<input type="checkbox"/> 在職していたが、退職した ⇒ E-2へ	退職日 平成 年 月 日	-	<input type="checkbox"/> 給付金		
<input type="checkbox"/> 自営業をしていたが、廃業した	廃業日 平成 年 月 日	⑭	<input type="checkbox"/> 雇用保険失業等給付 (基本手当、受講手当、就業手当など)	円 / 日	㉙
E-2: 退職した会社で雇用保険に加入していたかどうか		添付書類	<input type="checkbox"/> 健康保険の傷病手当金 (付加金) など	円 / 日	㉚
<input type="checkbox"/> 加入していない		⑮	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 加入していた ⇒ E-3へ		-	<input type="checkbox"/> 養育費	円 / 月	-
E-3: 雇用保険の失業等給付について		添付書類	<input type="checkbox"/> 被保険者以外からの仕送り (誰から )	円 / 月	㉛
<input type="checkbox"/> 受給する	(注) 受給開始日までの期間のみ、被扶養者として申請できます。	⑯⑰⑱	<input type="checkbox"/> その他 ( )	円 / 月	㉜
<input type="checkbox"/> 受給延長する	受給開始日より被扶養者からはずす手続きが必要です。	⑯⑱⑳			
<input type="checkbox"/> 受給しない	(注) 受給することになった場合は、被扶養者からはずす手続きが必要です。	⑱㉑			
<input type="checkbox"/> 受給終了している		㉒			
【F】事由発生日以降の収入見込について *新規申請の際の月額平均は、直近3ヶ月の平均となります			すべての収入の合計 (1年分) *収入が無い場合は「0」と記入	648,000 円 / 年	-
年間収入が130万円未満、月額平均では108,334円未満 (60歳以上、または60歳未満でも障害年金がもらえる程度の心身に重い障害の有る方は、年間収入が180万円未満、月額平均では150,000円未満) に			【G】被保険者確認欄 *日付・署名・捺印が無い場合は、扶養申請を受付できません (自署の場合は捺印不要)		
<input checked="" type="checkbox"/> 該当する ⇒ F-1へ			横河電機健康保険組合 理事長殿		
<input type="checkbox"/> 該当しない ⇒ 被扶養者の申請をすることができません。			上記の通り相違ありません。 尚、当申告書に事実と相違したことを記載した場合は、認定日に遡って被扶養者の資格を取り消すと同時に、医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還することを誓約します。		
(注) 健康保険の年間収入とは、所得税法上とは違い、1月~12月の1年間の収入ではありません。課税か非課税かの区別でもありません。収入を得ている期間のどの12ヶ月間をとっても、上記の収入要件を満たすことが必要です。 また、自営業者は、確定申告の『総収入』から『直接的必要経費』を差し引いた額となります。所得税法上の「必要経費」がすべて『直接的必要経費』とは勘案されません。			平成 27 年 8 月 1 日 (被保険者氏名)	健保 二郎	

横河電機健康保険組合

【収集する個人情報について】本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

平成30年7月改定